

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

514

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André-Boris ACH

Né à Paris, le 30 août 1888

Ancien externe des Hôpitaux et du Service Civile (Lariboisière)

Médecin aide-major de 1^{re} classe

Croix de guerre

DE LA

RÉFECTION DU COL VÉSICAL

CHEZ LA FEMME

Président : M. PIERRE DUVAL, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

514

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André-Boris ACH

Né à Paris, le 30 août 1888

Ancien externe des Hôpitaux et du Service Civile (Lariboisière)

Médecin aide-major de 1^{re} classe

Croix de guerre

DE LA

RÉFECTION DU COL VÉSICAL



CHEZ LA FEMME

Président : M. PIERRE DUVAL, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	BROCA (A.)
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	M. LABBÉ
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	A. BROCA
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologique	P. SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBÉ (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*En témoignage de tendresse et de
reconnaissance.*

A MON FRÈRE

En témoignage d'affection.

A MA FAMILLE ET A MES AMIS

A MON PREMIER MAITRE

Monsieur le Professeur F. WIDAL

*Hommage de reconnaissance et de
respectueux attachement.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PIERRE DUVAL

A Monsieur le Professeur agrégé G. MARION

*En témoignage de gratitude pour
sa bienveillance et son appui.*

A mon ami le D^r Ed. JOLTRAIN

En témoignage de sincère attachement.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MM. les Professeurs : GAUCHER (*in memoriam*)
RIEFFEL, WALTER, WIDAL (1908-1909)
M. le Professeur agrégé ALGLAVE (1908-1909)

Stage 1909-1911

M. le Professeur P. MARIE
M. le Professeur LEGUEU
MM. les Professeurs agrégés CHEVASSU, MARION,
THIERRY

Externat

M. le Professeur CHAUFFARD (1911-12)
M. le Professeur WIDAL (1912-13)
M. le Professeur agrégé LARDENNOIS (1913-14)
M. le Professeur WIDAL (1914)
M. le Professeur agrégé MARION (1919-20)
MM. DEMELIN, DESMAREST
GUILLAIN, LÉRY LEMIERRE, ROUSSY
Professeurs agrégés
ABRAMI, BRULÉ, PASTEUR-VALLERY, RADOT
RIVET

Médecins des Hôpitaux

HEITZ-BOYER, BASSET, PICOT,
Chirurgiens des Hôpitaux

DEVRAIGNE, accoucheur des Hôpitaux
Les D^{rs} GIRODE, GUY-LAROCHE, MARSAN
PAPIN, TROISIER

DE LA

RÉFECTION DU COL VÉSICAL

CHEZ LA FEMME

INTRODUCTION

C'est dans le service de notre maître, M. le professeur agrégé Marion, chez qui nous sommes depuis notre démobilisation de juillet 1919, que nous avons eu l'idée de ce travail, en constatant les heureux résultats obtenus par la réfection du col vésical.

Souvent nous avons été frappé de l'infirmité flagrante et pénible que constitue pour une femme encore jeune et active, l'incontinence d'urine.

Elle oblige en effet la malade au port d'un appareil toujours gênant, ou, à défaut, en fait une infirme en raison du flot urinaire qui sans cesse l'inonde, produisant à la face interne des cuisses érythèmes et ulcérations rapidement intolérables.

Depuis longtemps, les chirurgiens urinaux ont essayé de pallier à cette infirmité par des interventions dont les résultats se sont montrés plus ou moins aléatoires.

Notre maître, M. Marion, que nous avons vu traiter plusieurs fois cette incontinence avec succès

par un procédé personnel de réfection du col vésical, a bien voulu nous autoriser à publier les cas par nous constatés, et nous a permis d'y joindre ses observations personnelles.

Qu'il en soit ici vivement remercié.

Le procédé que nous préconisons diffère des interventions antérieures par son extrême simplicité et par ses résultats heureux.

Au point de vue physiologique, il est basé sur le renforcement du sphincter uréthro-vésical au niveau du col, renforcement obtenu chirurgicalement par la suture en U des éléments musculaires mis à découvert par dissection de la paroi antérieure du vagin et décollement du septum uréthro-vaginal.

Après un rappel de l'anatomie et de la physiologie de l'urètre féminin, nous dirons comment se présentent en clinique les incontinences, comment on distingue la variété d'incontinence uréthrale qui nous occupe ; nous décrirons enfin la technique de la réfection du col vésical, après quoi, nous donnerons quelques résultats.

ANATOMIE

L'urètre féminin long de 3 cm. $1/2$ en moyenne, est un canal fusiforme de calibre rétréci à ses extrémités. Son diamètre moyen est de 7 à 8 millimètres et peut être dilaté jusqu'à 20, 25 et même 30 millimètres.

Il suit, comme le vagin, une direction oblique de haut en bas, d'arrière en avant, subissant une légère courbure concave en haut et en avant.

On peut lui distinguer deux portions créées par l'aponévrose périnéale moyenne, l'une intra-pelvienne, l'autre extra-pelvienne.

Avec la paroi antérieure du vagin, l'urètre forme le septum uréthro-vaginal.

L'urètre adhère fortement au vagin sauf dans le tiers supérieur, où il en est séparé par une couche de tissu cellulaire assez dense.

Epais de 10 à 12 millimètres, le septum uréthro-vaginal est longé latéralement par le plexus veineux vaginal.

Sur le vagin l'urètre répond au tubercule vaginal, à la colonne antérieure, au triangle de Pawlick qui répond dans la vessie au trigone de Lieutaud.

En avant l'urètre est en contact avec le plexus de Santorini et les ligaments pubo-vésicaux.

Puis, après avoir traversé l'aponévrose périnéale, il est en rapport avec le muscle de Guthrie. Il prend alors contact avec le constricteur du vagin et un lacis veineux qui le séparent de la base clitoridienne.

Enfin, d'arrière en avant, l'urètre est latéralement en rapport avec, successivement :

Le plexus de Santorini, le muscle de Wilson, l'aponévrose périnéale moyenne, le muscle de Guthrie, le constricteur du vagin, la racine des corps caverneux du clitoris.

L'orifice vésical répond, au milieu du trigone, à 2 cm. 1/2 en arrière du milieu de la symphyse pubienne.

Le méat est juste en avant du tubercule vaginal, situé sur une saillie mamelonnée, la *papille urétrale de Bergh*, dont il n'occupe pas exactement le centre. Il est à 17 millimètres du bord inférieur de la symphyse, à 2 centimètres de clitoris.

Aspect intérieur. — L'urètre présente une teinte blanchâtre, parfois rosée, parfois rouge foncé.

Il est parcouru d'avant en arrière de replis longitudinaux ; d'autres sont transverses ou obliques. On y remarque de nombreux orifices correspondant aux sinus ou lacunes de Morgagni et aux glandes de l'urètre.

Structure. — L'urètre de la femme comprend deux tuniques pour les anciens auteurs, trois pour M. Rief-

fel (in *Anatomie Poirier*) : soit, une muqueuse, une sous-muqueuse, une musculieuse.

Muqueuse et musculieuse sont unies par un tissu conjonctif lâche et des veinules nombreuses plexiformes, l'ensemble constituant la sous-muqueuse décrite par M. Rieffel.

La musculieuse est constituée par deux tuniques musculaires qui sont, de dedans en dehors :

1° Une *musculaire lisse*, épaisse de 3 à 4 millimètres, et dont les fibres musculaires sont traversées par des veinules para-urétrales qui les dissocient en deux couches : une couche interne longitudinale dont les fibres se continuent avec les fibres de la couche plexiforme de la vessie.

Une couche externe circulaire qui parait se continuer avec les fibres transversales du réservoir urinaire et forme un *sphincter urétral lisse* ;

2° Une tunique musculaire striée, intimement fusionnée à la précédente et ne formant pas une couche continue. La plupart des faisceaux sont perpendiculaires à l'axe du conduit, ils sont visibles à la partie supérieure, au niveau du col vésical, formant là un véritable *sphincter urétral strié*, appelé aussi sphincter vésical externe.

Plus bas les fibres embrassent complètement le canal urétral.

Dans l'ensemble, la disposition de la musculature striée de l'urètre est extrêmement complexe.

Mais on peut constater que :

Les deux plans musculaires se continuent sans

interruption avec des fibres analogues de la vessie.

Dans toute la musculature, se trouvent des artérioles, des troncs veineux qui rappellent par leur ensemble l'aspect des formations caverneuses.

Tout le canal contient de nombreuses glandes formant la « prostate femelle » de Tourneux.

Dans nombre de cas, on trouve près du méat l'orifice des canaux de Skene.

PHYSIOLOGIE

D'après le professeur Richet, l'urètre chez la femme possède un rôle de *contention* grâce à son élasticité. Il se continue en effet sans démarcation avec le sphincter vésical et constitue le *sphincter uréthro-vésical*.

Etant donné la richesse du sphincter urétral en fibres élastiques il peut suffire seul à retenir l'urine, même si le sphincter vésical est atteint.

Dans les cas où l'urètre est atteint, le col vésical, seul, sera insuffisant à maintenir les urines.

Il y a donc lieu lorsqu'on constate une incontinence par insuffisance urétrale d'origine musculaire, de pratiquer une intervention renforçant le col vésical et soutenant en même temps l'urètre. Ce sont les résultats de cette pratique que nous exposerons.

GÉNÉRALITÉS SUR LES INCONTINENCES D'URINE D'ORIGINE URÉTRALE CHEZ LA FEMME

Sous le nom d'incontinence, dans les cas envisagés dans ce travail, il ne faut pas comprendre la miction par regorgement, non plus que les fausses incontinences relevant de causes extrinsèques à la vessie, mais bien la miction involontaire, inconsciente, *sans rétention vésicale*.

C'est ainsi qu'avec MM. Labadie-Lagrave et Legueu on a pu distinguer les catégories suivantes d'incontinence (sans rétention vésicale) :

1° L'incontinence essentielle ou infantile : elle ne se voit presque exclusivement que chez l'enfant et constitue des troubles nerveux d'ordre psychopathique.

2° L'incontinence liée à des *malformations congénitales* telles que les adhérences anormales de la vessie à l'utérus, les formations surajoutées allant de la vulve à l'urètre (cas de Gilliani : *American Journal of obstetrics*, février 1896, t. 1) constituées par des bandes scléreuses.

Il faut ajouter à ces malformations l'implantation vicieuse d'un uretère.

3° L'incontinence par insuffisance acquise et durable du sphincter uréthro-vésical considéré anatomiquement tel que nous l'avons décrit. Celui-ci, concourant en effet, par son élasticité, à la réplétion de la vessie, on comprend que dans les cas où il sera lésé ou inexistant, l'incontinence s'établira définitive, sauf intervention.

Etiologie

L'incontinence acquise peut être traumatique ou spontanée.

Traumatique, elle s'observe consécutive à une taille, peut survenir après une dilatation pour extraction de corps étrangers, apparaître après des cystoscopies difficiles ou l'extraction de gros calculs. Estrabaud, dans sa thèse, a d'ailleurs montré les inconvénients de la dilatation de l'urètre chez la femme.

Parfois, après une fistule vésico-vaginale, l'incontinence est persistante et reste due soit à la vessie devenue intolérante, soit à ce que la perte de substance qu'on lui a fait subir ait été trop considérable. Il faut cependant voir encore là, l'influence des phénomènes de cystite.

Spontanée, l'incontinence se voit lorsque le sphincter uréthro-vésical étant dilacéré les fibres musculaires sont détruites et la musculature reste insuffisante.

Fréquemment, c'est à la suite d'accouchements difficiles avec compression des parties molles par la

tête fœtale que se produit l'incontinence. Et ce, par paralysie immédiate des terminaisons nerveuses dans le muscle d'après Milne Murray (*Edimburgh médical Journal*, avril 1881), ou plutôt pour Engstrœm, Labadie Lagrave et Legueu par perte de l'élasticité des parois urétrales.

Celles-ci n'ayant plus de contractilité, ne réagissent pas contre une assez forte pression intra-abdominale, même contre un léger effort comme un éclat de rire, une quinte de toux.

Il faut enfin faire la part de l'incontinence qui accompagne les prolapsus cysto-recto-génitaux où la musculature uréthro-vésicale est en partie détruite par tiraillement. Et nous insisterons sur ce fait, que le poids des organes tels que l'utérus, qui ont tendance à se prolaber hors du vagin, produisent peu à peu un arrachement, ou suivant l'expression de M. Marion, une véritable « dislocation » du sphincter uréthro-vésical, dislocation qui sera d'ailleurs compensée par la réfection du muscle.

Étude clinique

Elle sera courte et nous n'en rappellerons que les grandes lignes.

Il s'agit le plus souvent de malades, anciennes multipares, qui à la suite de leurs accouchements compliqués ou non d'intervention de forceps, ont présenté un certain degré de prolapsus génital pur, de prolapsus utérin avec cystocèle, ou enfin de pro-

lapsus cysto-utéro-rectal. Souvent une déchirure du périnée a nécessité une périnéorrhaphie, la plupart du temps très ultérieure à la blessure ; souvent enfin après une mise laborieuse de forceps, la malade a présenté une fistule vésico-vaginale pour laquelle on est intervenu.

Quoi qu'il en soit, il est aussi des malades qui après plusieurs grossesses, n'ont présenté aucune espèce d'affection et sont entrées d'emblée dans l'incontinence.

C'est à l'occasion d'un petit effort : rire, toux, défécation que les urines se sont écoulées sans besoin. La malade se sent mouillée et s'en étonne. Cette incontinence, d'abord faible, n'a pas tardé, après une phase d'intermittence transitoire, à devenir continue, à suivre toute fatigue même légère, une courte marche et enfin à s'installer définitivement dans la station debout, rendant rapidement la vie insupportable à la malade.

Cette incontinence dite *orthostatique*, présente ceci de particulier, au début surtout, qu'elle n'est pas immédiate sitôt la malade debout, qu'elle ne suit pas tout de suite son lever.

En effet la malade vaque tout d'abord à ses occupations et ce n'est qu'après un certain temps que se manifeste l'incontinence, lorsque la vessie commence à se remplir et qu'au surplus utérus ou vessie même, tendent à s'abaisser, entraînés par leur poids.

C'est d'abord un léger suintement le long des

cuisse, puis peu à peu, la malade perd complètement et constamment son urine.

Obligée sans cesse de se garnir, elle est encore soumise à des soins de propreté constants. Sans quoi, elle se trouve en proie à toutes les complications que le contact acide de l'urine provoque sur la peau de la face interne des cuisses qui devient rapidement le siège de macération malodorante, d'irritations multiples, enfin d'excoriations douloureuses et infectées qui nécessitent de longs traitements locaux et persistent d'ailleurs avec la cause.

Signes physiques. — Lorsqu'on examine localement un semblable malade on est frappé de ne rien constater au point de vue physique. Vulve, vessie, utérus, rectum sont normaux le plus souvent.

Il faut cependant reconnaître assez fréquemment la concomitance de cystocèle ou de rectocèle, souvent aussi on trouve un prolapsus utérin, toutes affections adjuvantes d'ailleurs et compliquant l'incontinence.

Lorsqu'on examine la patiente couchée, on ne remarque rien de particulier; mais si on la prie de faire quelques pas, on constate immédiatement le suintement urinaire le long des cuisses.

C'est en somme tout ce que l'examen physique permet de reconnaître; nous verrons au diagnostic quelles épreuves complémentaires peuvent être faites pour affirmer la nature de l'affection.

Complications. — Elles sont comme nous l'avons dit, surtout d'ordre locaux, mais il faut encore voir

du fait de l'incontinence, une répercussion sur l'état mental des malades qui ne tardent pas à présenter de la tristesse, de l'inquiétude, n'osent plus rire ni tousser et offrent souvent le tableau de psychopathes à tendances neurasthéniques.

Diagnostic

En présence d'une malade qui vient consulter pour de l'incontinence s'étant manifestée après plusieurs grossesses, sans même avoir subi d'intervention obstétricale, lorsque cette incontinence s'est installée progressivement et offre cette caractéristique d'être orthostatique, le diagnostic est évident.

Il le sera encore si la malade présente en outre un élément de prolapsus cystique, utérin ou rectal.

Mais il importe surtout de bien voir si l'urine provient de l'urètre et de ne pas confondre l'écoulement avec celui qui produirait une fistule vésicovaginale par exemple.

Dans ces cas c'est l'examen des parois vaginales qui permettra de trancher la difficulté.

On pourra souvent voir le trajet fistuleux béant sur la paroi antérieure du vagin et ne permettant aucune équivoque.

Mais parfois l'orifice peut être très petit, imperceptible même et il faudra minutieusement sonder et scruter de la pointe mousse d'un stylet tous les replis et les anfractuosités de la paroi vaginale antérieure.

On réussira souvent à découvrir la fistule en rem-

plissant la vessie avec une solution de bleu de méthylène après avoir beurré le vagin d'une compresse. Le liquide filtrant à travers la fistule et se révélant sur la compresse, décèle en effet la lésion.

En somme, les caractères de l'incontinence urétrale permettant de l'affirmer consistent en son apparition progressive, en sa manifestation dans la station debout, en sa cessation lorsque la malade est couchée.

Traitement

De nombreux procédés opératoires ont été successivement essayés pour remédier à l'incontinence d'urine d'origine urétrale.

En 1863 Baker Brown fait une fistule sous-pubienne pour obvier à l'autoplastie impossible de l'urètre.

En 1887, Engstram pratique un simple resserrement de l'urètre en modifiant le procédé de colporraphie antérieure de Schultze, Franck et Winckel.

En 1891, Duret le premier déplace le méat et l'abouche sous le clitoris.

En 1892, Pousson après torsion de l'urètre à 120 degrés l'élève en haut et suture le méat au clitoris.

Albarran lui aussi, suture le méat de façon analogue, après avoir rétréci l'urètre par une plicature de sa paroi supérieure, formant ainsi un éperon à l'intérieur du calibre urétral.

En 1896, P. Delbet donne un soutien urétral solide par « avivement sans perte de substance » de la colonne antérieure du vagin.

Hartmann et Lecène créent dans la lumière de l'urètre un éperon artificiel sur la paroi inférieure et terminent par une colporraphie antérieure.

Legueu soutient l'urètre avec une partie des petites lèvres et pratique une colpoperinéorraphie.

En 1900, Gersuny et Kapsammer emploient la paraffine en injections péri-urétrales espérant ainsi modifier la forme du canal et lui donner un soutien solide.

En 1912, G. Marion a remarqué qu'en dépit des résections urétrales, l'incontinence persistait en raison de la faiblesse du nouveau canal.

Aussi dans les cas où la formation d'un nouveau conduit aux dépens de l'ancien urètre est impossible, et cela dans des cas différents, car l'urètre est alors détruit, M. Marion après avoir refait l'urètre, l'entoure dans un tunnel sous-pubien préalablement préparé.

Les bons résultats de cette « consolidation », de l'urètre l'ont conduit, dans les cas d'incontinence sans destruction de l'urètre à pratiquer la réfection du col vésical, réfection que nous décrirons en détail et qui a donné jusqu'ici des suites satisfaisantes paraissant définitives.

D'après tout ce que nous venons de relater on voit que nous ne pouvons décrire en détail tous les procédés opératoires employés.

Mais on a pu les classer chronologiquement en trois groupes :

1. *Procédés de dérivation du cours des urines*, tels

que celui de Baker Brown qui créait une fistule sous-pubienne et qui s'est montré dangereux ; celui de Rütenberg qui faisait une fistule sus-pubienne, d'ailleurs incontinente ; celui d'Israël et Rose qui constituaient une fermeture du vagin après fistule recto-vaginale ; ce procédé exposait la malade aux pires complications infectieuses ;

2° *Procédés de resserrement par résection*, par lesquels Engstrœm, Franck, Schultze, Winckel opéraient une espèce de colporrhaphie antérieure et qui a cependant donné deux succès à Gérard-Marchant ; citons encore les techniques de Desnos et Paul Delbet qui ont fourni des résultats inconstants ;

3° *Procédés de resserrement de l'urètre par torsion, plicature ou allongement du conduit*. — Ce fut la méthode de Pawlick, Duret, Gersuny, le procédé de Pousson et enfin celui d'Albarran qui rétrécissait le méat et obturait en partie l'urètre par un pli situé sur sa paroi supérieure. L'urètre était ensuite tordu sur lui-même et abouché au méat rétréci.

Bien différent est le procédé actuellement employé par M. Marion. Car, s'il peut se surajouter à une colporrhaphie antérieure, à une périnéorrhaphie, à toute opération auto-plastique sur le vagin en cas de prolapsus des différents organes, il peut être employé seul dans la variété d'incontinence par affaiblissement de la musculature sphinctérienne et urétrale sans lésion vésicale ou péri-vésicale, suivant l'expression de notre maître.

Technique

Instrumentation courante : elle comprend 1 bistouri, 2 paires de ciseaux droits, 1 paire de ciseaux courbes, 1 pince à disséquer à griffes, 1 pince à dis-

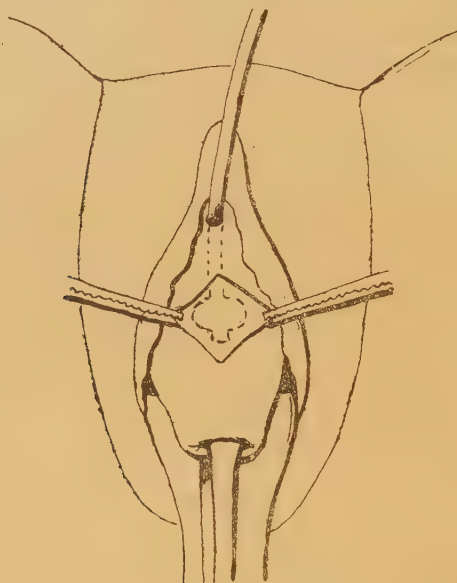


Fig. 1. Mise à découvert du plancher uréthro-vaginal. Le pavillon de la sonde de de Pezzer repère le col vésical

séquer sans griffes, 1 sonde cannelée, 12 pinces à forcipressure, 12 pinces de Kocher, 1 aiguille de Reverdin courbe, 1 aiguille de Reverdin droite, 1 aiguille de Reverdin petit modèle, 2 écarteurs de Farabeuf.

Il conviendra d'avoir en outre : 1 valve vaginale, 1 pince de Museux, 1 sonde de de Pezzer.

Manuel opératoire : La malade ayant été préparée

dans les jours précédents comme pour toute intervention vaginale, est mise dans la position du curetage sur la table d'opération.

Préparation de la région opératoire à la teinture d'iode.

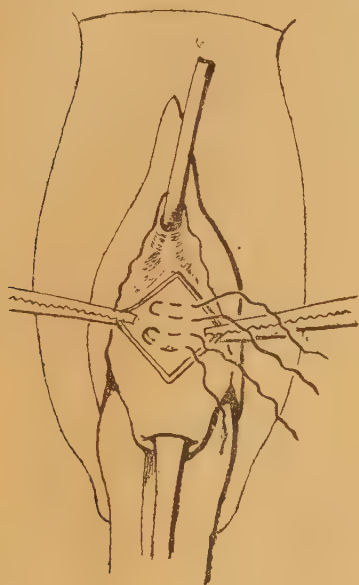


Fig. 2.

Passage de fils en U en avant du pavillon de la sonde de de Pezzer.

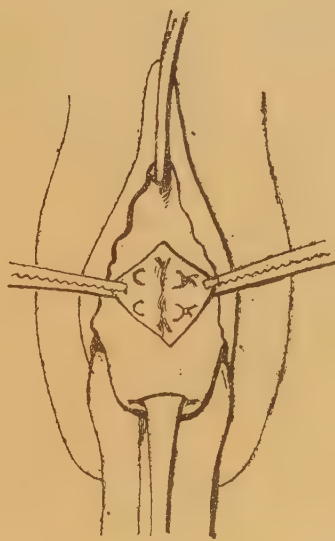


Fig. 3

Rétrécissement et renforcement du col une fois les fils serrés

1° *Introduction de la sonde de de Pezzer dans l'urètre et mise en place, le bout renflé venant s'appuyer contre le col.*

2° *Incision de la paroi vaginale antérieure.* — La valve vaginale étant mise en place, le col de l'utérus est saisi par la pince de Museux et attiré de façon à exposer la paroi vaginale antérieure.

On pratique alors une incision sur cette paroi,

incision commençant à un centimètre en arrière du méat et s'étendant jusqu'à la partie antérieure du col. Les deux lèvres de l'incision vaginale sont alors décollées latéralement et l'on dissèque le septum urétro-vaginal de façon à exposer la face inférieure de la vessie et de l'urètre.

3° *Réfection du col vésical.* — On sent alors avec le doigt le pavillon de la sonde de de Pezzer. Un fil en U englobant tous les tissus musculaires est ensuite placé immédiatement en avant du repère fourni par le pavillon. Ce fil une fois serré rapprochera tous les tissus situés au-dessous du col. Une série d'autres fils sera placée suivant le même procédé en avant du premier, de façon à resserrer également l'urètre. Ces fils seront des fils de lin.

4° *Fermeture de l'incision vaginale.* — Il suffit après résection des lambeaux vaginaux exubérants de suturer la paroi vaginale aux crins de Florence.

Soins consécutifs. — On retire la sonde de de Pezzer que l'on remplace par un sonde en caoutchouc de Nélaton qui restera à demeure pendant six jours. Tamponnement vaginal. Les fils vaginaux seront enlevés au huitième jours.

Les suites opératoires sont des plus simples.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme D..., entre au service Civile le 16 juillet 1918 pour une incontinence d'urine orthostatique.

Cette incontinence qui disparaît par le port d'un pessaire, est due à une cystocèle du volume d'un œuf de poule et date de huit ans.

1^o *Opération* le 27 juillet 1918 : Colporraphie antérieure.

Incision transverse de 3 à 4 centimètres à 2-3 centimètres en arrière du méat urétral après mise en place d'une sonde de Pezzer. Décollement sur plusieurs centimètres de la lèvre inférieure et suture des releveurs au fil de lin, on fait quelques points supplémentaires au catgut.

Suture de la muqueuse vaginale aux crins après résection du lambeau inférieur exubérant.

Sonde à demeure. Constipation.

Les suites opératoires sont normales et le malade quitte le service sans incontinence et vidant normalement sa vessie.

Elle revient de nouveau le 6 avril 1919 l'incontinence s'étant manifestée deux mois après l'intervention.

Examen. — Le périnée postérieur est satisfaisant et dans les efforts c'est l'utérus qui descend à son tour.

2^o *Opération* le 19 avril 1919.

1° Fixation de l'utérus à la paroi abdominale antérieure par 3 fils de lin passés de haut en bas dans la paroi antérieure de l'utérus au niveau de l'isthme.

2° Une sonde de de Pezzer est mise dans la vessie.

Incision transversale de la paroi antérieure vaginale à un travers de doigt au-dessous du méat.

Décollement de la paroi vaginale et de l'urètre jusqu'au col vésical que l'on repère en sentant l'extrémité renflée de la sonde à travers la paroi.

Rapprochement par des fils de lin de tissu para-urétraux au-dessous de la partie profonde de l'urètre et du col vésical.

Suture verticale aux crins de la première incision vaginale transverse.

3° Incision transversale au bord inférieur de la vulve, décollement de la paroi vaginale postérieure et du rectum.

Suture des releveurs.

Trois fils d'argent prenant peau, tissus périnéaux et releveurs.

Sonde de de Pezzer à demeure.

Il est important de constater que le deuxième temps de cette intervention constitue la réfection du sphincter uréthro vésical.

2 juin 1920. — La malade ne présente plus d'incontinence dans la position couchée ou dans la position assise. De plus elle ressent nettement l'envie d'uriner.

Cependant après une marche d'une vingtaine de minutes ou lorsqu'elle porte un corset, la malade est parfois mouillée légèrement.

Elle est de toute façon très améliorée et en cas d'envie d'uriner peut même se retenir un certain temps.

Examen : pas de cystocèle. On sent sur la paroi antérieure du vagin les traces cicatricielles de la première intervention.

OBSERVATION II (M. Marion)

Mme de R..., cinquante-quatre ans, est amenée au D^r Marion par le D^r Chopin au mois de juin 1919, par une incontinence d'urine survenant la journée après quelques heures de station verticale.

Les phénomènes ont commencé il y a un an et demi et sont allés en s'accroissant au point de devenir intolérables pour la malade qui, malgré ses cinquante-quatre ans est demeurée vive et allante.

Examen. — La malade ne présente rien au niveau de l'utrère ; on observe un léger prolapsus de la paroi antérieure du vagin, une légère déchirure de la paroi postérieure.

La malade a consulté plusieurs chirurgiens qui lui ont laissé peu d'espoir sur les résultats ultérieurs d'une intervention.

Celle-ci est pratiquée fin juin 1919, rue Oudinot.

Réfection du col vésical suivant la technique habituelle.

Suites opératoires simples.

La malade reste continente, et, revue en janvier 1920 manifeste sa satisfaction, la continence étant restée parfaite.

OBSERVATION III

Mme Ph..., trente-huit ans, entre au service Civile en février 1914, pour incontinence d'urine d'origine urétrale datant de douze ans et survenue à la suite de la naissance d'une fillette.

L'incontinence est constante et se manifeste dès que la malade est debout ; elle persiste dans la station assise et la malade ne trouve le repos que lorsqu'elle est couchée, répit qui n'est d'ailleurs pas constant.

A l'examen on ne trouve ni cystocèle, ni rectocèle, pas de prolapsus utérin.

Pas de troubles rénaux, ni vésicaux.

Opération le 21 février 1914.— Réfection du col vésical suivant la technique décrite.

Résultats. — La malade revue le 2 juin 1920 a présenté une continence complète jusqu'au début de cette année.

A ce moment la malade étant parfois obligée de se retenir d'uriner au cours de ses occupations et bien qu'elle ressente nettement le besoin de sa miction est parfois un peu mouillée.

Elle ne se plaint nullement et est très satisfaite de son état actuel. Sa santé est parfaite à tous autres points de vue et cette femme, qui boit abondamment aux repas, trouve sa situation incomparable à ce qu'elle était avant l'intervention.

Etat local: parois vaginales en parfait état, avec cependant un très léger degré de cystocèle.

Utérus normal.

Périnée solide.

OBSERVATION IV

Mme R..., trente-sept ans, entre en service Civile le 16 février 1920 pour incontinence orthostatique ayant débuté il y a quatre ans.

Examen. — Prolapsus utérin, cystocèle, rectocèle.

Opération le 25 février 1920 :

1° Colpopérinéorrhaphie antérieure ;

2° Réfection du col vésical par trois points au fil de lin ;

3° Suture des releveurs en avant et en arrière du vagin au fil de lin.

Trois fils d'argent en masse.

Juin 1920. — La malade est actuellement d'une continence absolue. Elle éprouve nettement le besoin d'urine et peut se retenir.

Elle n'est jamais plus mouillée au cours de ses occupations et ce, même après une longue marche.

Résultat remarquable par un succès absolu.

OBSERVATION V

Mme L..., quarante-huit ans, entre au service Civiale le 27 mai 1920 pour incontinence d'urine.

Cette incontinence est inconstante, apparaissant tantôt le soir, tantôt après une fatigue même légère, mais toujours dans la station debout.

Le début de cette affection remonte à huit ans et est survenue après une période de fatigue. Depuis, l'incontinence d'abord intermittente, s'est peu à peu installée définitivement.

En octobre 1919, la malade subit dans un service parisien une intervention qui ne fut d'aucun résultat, l'incontinence étant plus manifeste qu'auparavant.

Cet état dura jusqu'à fin janvier 1920. La malade vint alors consulter service Civiale en février où on lui prescrivit des instillations au nitrate d'argent qui améliorèrent un peu son état. Cependant l'incontinence persiste.

Examen local. — Au toucher on perçoit sur la paroi vaginale antérieure une induration cicatricielle, reliquat de l'ancienne opération.

On trouve également un peu de cystocèle.

Opération le 2 juin 1920. — Réfection du col vésical suivant le procédé de M. Marion. Sonde vésicale à demeure.

2° Périnéorraphie.

25 juin. — Suites opératoires normales et simples.

Aucune incontinence couchée.

Levée pendant un moment la malade n'a rien constaté d'anormal.

Epreuve le besoin d'uriner.

CONCLUSIONS

I. — Il existe parmi les incontinenances d'urine une incontinence d'origine urétrale due à la dislocation du sphincter urétro-vésical.

II. — Les procédés opératoires employés jusqu'alors ont donné des résultats inconstants.

III. — Le procédé de réfection du col vésical semble, d'après les succès obtenus, devoir être préconisé suivant la technique employée par M. le professeur agrégé Marion.

Vu : le Président de la thèse :

P. DUVAL

Vu : Le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le vice-recteur de l'Académie de Paris

P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Albarran.* — Médecine opératoire des voies urinaires, 1909.
- Albarran.* — Opération contre l'incontinence d'urine chez la femme (Annales des maladies des organes génitaux urinaires, 1892).
- Baldwin.* — Complete incontinence of urine (Ann. gyn. et obst. surg., New-York, p. 131, 1899).
- Baker-Brown.* — The lancet (5 mars 1864).
- Barrows.* — Restoration of the female uretra. (Am. J. of obstetrics, t. LIX, page 669, N.-Y. 1909).
- Boissard.* — Les troubles de la miction chez la femme.
- Bracht.* — Ueber den Ersatz des Blasenschlies-muskels (Monatschrift fur Geburtshilfe und Gynæk, t. XLVIII, Berlin 1918).
- Cadwallader.* — Urinary incontinence in women (Surg. gynec. et obstetrics, t. XX, Chicago 1915).
- Cary (W.-H.).* — The injuries to the bladder (Am. Journ. of obst., t. LXXIII, New-York 1916).
- Cecil (A.-B.).* — Contracture of the vesical neck : diagnosis and treatment (Calif. state J. M. t. XIX, San Francisco 1916).
- Collet.* — Etude sur l'incontinence d'urine d'origine urétrale chez la femme (Th. Paris 1898).
- Cottard.* — Du traitement opératoire de l'incontinence d'urine chez la femme (Th. Paris 1906).
- Cumston.* — The treatment surgical of acquired incontinence of urine.
- Delbet (Paul).* — De l'incontinence partielle d'urine chez la

- femme et son traitement (Journal des praticiens, avril 1896).
- Desnos.* — Annales des organes genito-urinaires, n° 6, 1890.
- Duret.* — Journal des soc. med. de Lille, n° 4, 1892.
- Engstrœm.* — Klin Woch, n° 40, Berlin 1887.
- Flouquet.* — Sur un nouveau traitement chirurgical de l'incontinence essentielle chez la femme. Th. Paris, n° 133, 1899.
- Franck.* — Central. für Gynæk, n° 9, 1882.
- Frælich.* — Deux cas de restauration de l'urètre chez la femme, procédé nouveau (Presse médicale, p. 285, 1897).
- Furnin.* — Relaxed uréthral sphincter in wornen (Am. J. of obstetrics, t. LXXVIII. New-York, 1918).
- Gelpi.* — Incontinence of urine in women (New-Orl. Med. and surg. J., t. LXIX, 1916-1917).
- Gersuny.* — Eine neue op. zur Heilung der incontinentia urinæ (Centralbl. für Chir., n° 25, 1889).
- Marchant (Gérard).* — Presse médic., n° 115, 1890.
- Guldjoglou.* — Troubles de la miction d'origine obstétricale. Destruction et réfection de l'urètre chez la femme (Journ. de méd. de Paris, t. XXXII, 1912).
- Constant (Georges).* — Les applications de Forceps. Th. Paris, 1907.
- Horn (W.-M.).* — Treatment of bladder symptoms in women who have born Children (Clin. Chicago, t. XXXIX, 1918).
- Israël.* — Berliner Klin. Woch., n° 5, 1889.
- Jones (Lewis).* — Sur le traitement électrique de l'incontinence diurne et nocturne (Assoc. fr. pour l'av. des Sciences, 1899).
- Kollischer.* — Les maladies de l'urètre et de la vessie chez la femme. Paris, 1900.
- Labadie Lagrave et Legueu.* — Gynécologie.
- Lambrinon.* — Guérison d'un cas d'incontinence urinaire (J. d'acc., t. XXI. Liège, 1900).
- Legueu.* — Traité chirurgical d'urologie, 1910).

- Restauration de l'urètre par autoplastie (X^e Congrès de Chir. fr., 1896).
- Marion*. — Manuel de technique chirurgicale 1917.
- Michaïloff*. — Traitement opératoire de l'incontinence d'urine d'après Gubareff (Journ. d'Ac. et Gynéc., t. XIV. Saint-Pétersb., 1900).
- Morelle*. — De l'incontinence d'urine d'origine urétrale chez la femme (Annales de l'inst. chir. de Bruxelles, 1908).
- Morison*. — Opération for incont. of urine in the female (The Lancet, 1900).
- Pawlick*. — Wiener Méd. Woch. n° 25, 1883.
- Pépin*. — Pathogénie et traitement de l'incontinence d'urine chez la femme. Th. Paris, 1893.
- Philbert*. — Restauration morphologique et fonctionnelle du canal de l'urètre chez la femme. Th. Nancy, 1897.
- Pousson*. — Arch. chirurg. de Bordeaux, n° 1, 1892.
- Ralph Waldo*. — Restoration of the neck of the bladder and urétra (Transact. of the N.-Y. Obst. Soc., t. LVII, 1908).
- Rutenberg*. — Méd. Woch., n° 37, 1875.
- Samson*. — Ueber die Blasen's wæche der Frauen. Dermat. Woch. Leipz. und Hamburg, t. LXVI, 1918.
- Schultze*. — Cor. bl. der Allgemeinen, n° 3, 1888.
- Stern*. — Zur uréthro-plastik beim Weibe Heidelberg, 1893.
- Taylor et Watt*. — Incontinence of urine in women (Transact. Am. Gynéc. Soc., t. XLI. Philadelphie 1916).
- Wall*. — Incontinence in the female : its prognosis, its treatment (Sonth. med. Journ., t. LX. Birmingham, 1916).
- Van de Wacker*. — The surgery of the female urétra (Trans. Am. Gynéc. Soc., t. XXIX. Philadelph., 1904).
- Winckel*. — Münch. med. Woch., n° 1, 1886.

